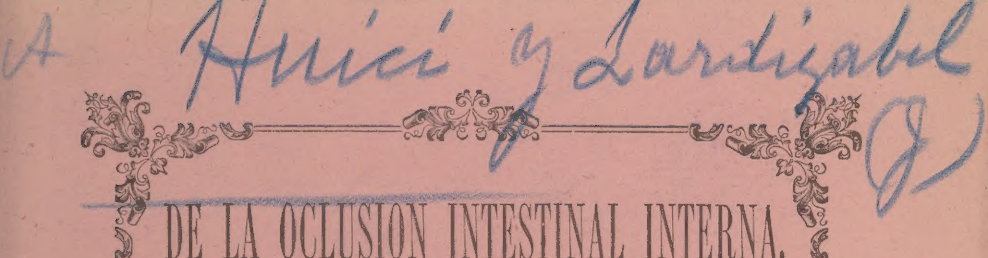


DE LA OCLUSION INTESTINAL INTERNA.

ESTUDIO

PRESENTADO AL JURADO DE CALIFICACION

POR

JOAQUIN HUICI Y LARDIZABAL,

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA
DE MÉXICO,

EN SU EXAMEN PROFESIONAL DE MEDICINA Y CIRUJIA.



MEXICO.

IMPRENTA EN LA CALLE CERRADA DE SANTA TERESA NUMERO 3.

1872.

S. Dr. D. José M. Bandera

DE LA OCLUSION INTESTINAL INTERNA.

ESTUDIO

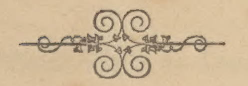
PRESENTADO AL JURADO DE CALIFICACION

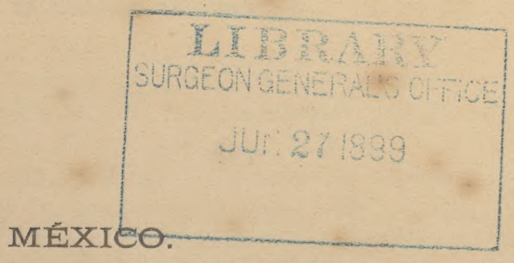
POR

JOAQUIN HUICI Y LARDIZABAL,

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA
DE MÉXICO,

EN SU EXAMEN PROFESIONAL DE MEDICINA Y CIRUJIA.





MÉXICO.
IMPRENTA EN LA CALLE CERRADA DE SANTA TERESA NUMERO 3.

1872.

A LA MEMORIA DE MIS PADRES.

A MIS HERMANOS,

COMO TESTIMONIO DE CARIÑO Y GRATITUD.

A LOS SEÑORES PROFESORES

D. José Ferrer Espejo y D. Juan María Rodriguez,

COMO PRUEBA DE RESPETO Y RECONOCIMIENTO.

A la Sociedad Filoiátrica y de beneficencia de los alumnos de la Escuela de Medicina.

A mi respetable y fino amigo el S. Dr. D. José M. Bandera — Testimonio del afecto sincero que le profesa

El autor

LA oclusion intestinal interna ha sido conocida desde la mas remota antigüedad, y llamada de muy diferente modo por los autores. Denominada por Celso *morbus tenuiores intestini*, *chordapsus* por Galeno, por el estado de dureza y de tension en que se encuentra el intestino: *tormentum acutum* por Cœlius Aurelianus, ha sido tambien conocida con los nombres de *pasion iliaca*, *miserere mei*, *cólico de miserere*, *&c.* Mas tarde se le aplicaron los nombres de *Vólvulus é Ileus*, el primero derivado del latin *volvere*, que significa enrollar, ensortijar, y el segundo de *estrecharse:* estos dos nombres se empleaban como sinónimos; pero últimamente se ha convenido en aplicar la primera denominacion á la invaginacion del intestino ó intususcepcion, reservando el nombre de estrangulamiento interno, ó de una manera mas general, oclusion intestinal, á toda enfermedad en la que se encuentra interrumpido por algun tiempo el curso de las materias excrementicias, sea cual fuere la causa que determina esta interrupcion. Creo que se debe preferir el nombre de *oclusion intestinal* que no preocupa nada acerca de la naturaleza de la enfermedad y abraza todas las causas, tan variadas por cierto, que pueden hacer disminuir ó desaparecer el calibre del intestino.

Antiguamente esta enfermedad era atribuida siempre á contracciones espasmódicas del intestino; pero los progresos de la anatomía patológica enseñaron que la mayor parte de las veces dependia de algun obstáculo real, que podia encontrarse en el intestino mismo ó en las partes circunvecinas, y se cayó entónces en el extremo contrario, creyendo que siempre que se presentaba debia encontrarse algun obstáculo material que seria el que impidiese el curso de las materias contenidas en el intestino, lo cual se encuentra contrariado hoy por los casos en que las inspecciones cadavéricas no enseñan nada que explique la causa de la enfermedad. Pero el estudio atento de que ha

sido objeto, motivado por la excesiva frecuencia con que esta enfermedad se presentaba, ha hecho conocer las causas á que es debida, y que trataré de enumerar brevemente.

Las oclusiones intestinales internas pueden producirse de dos maneras; ó bien hay una causa mecánica, por decirlo así, que opone un dique insuperable al curso de las materias excrementicias y se produce lo que se puede llamar oclusion por causa estática, ó bien hay una perturbacion funcional por la que las contracciones intestinales no se verifican, ó se verifican de una manera exagerada, y entónces hay una oclusion por causa dinámica.

OCLUSIONES ESTATICAS.

En las oclusiones estáticas el sitio del obstáculo es muy variable: así puede existir en el intestino mismo ó fuera de él, de donde resulta una division de estas en oclusion interna y oclusion externa con relacion al intestino, incluyendo en la primera las que dependen de una modificacion ó produccion morbosa de las paredes del intestino.

OCLUSION ESTATICA INTERNA.

La oclusion interna depende de una obstruccion, de una obliteracion ó de una disposicion anormal, accidental ó congénita del intestino.

En el primer caso la sustancia que obstruye puede haberse desarrollado en el interior del intestino, como sucede con los entozoarios y algunas concreciones intestinales (enterolitos): puede haber sido ingerida, ya con los alimentos (huesos y semillas de frutos), ó ya por accidente (cuerpos extraños): ó puede haber sido producida en otro punto del organismo, pasar al intestino y detenerse allí, ya sea por su número, por sus dimensiones, ó por otra causa cualquiera. Otras veces depende solamente de la acumulacion de materias fecales endurecidas.

En el segundo caso, la oclusion depende de un aumento de espesor de las túnicas intestinales. Formadas estas de diferentes tejidos, pueden ser el sitio de una modificacion en sus elementos, de donde resulta un estrechamiento considerable ó una obliteracion completa. Las causas que producen un aumento en el espesor de las túnicas intestinales dependen: 1º, de un elemento flogístico: se sabe que en las

inflamaciones agudas del intestino, sus túnicas aumentan de espesor, se infiltran, y en las inflamaciones flegmonosas se forman colecciones purulentas que levantan la mucosa y disminuyen por tanto el calibre del intestino. Este se encuentra de hecho disminuido en las inflamaciones crónicas; 2º, de la hipertrófia, ya sea del tejido muscular, del submucoso ó de una válvula. Esta afeccion determina un aumento en el espesor de las túnicas intestinales bastante considerable, algunas veces para obliterar completamente el intestino; 3º, de la degeneracion cancerosa: cuando es bastante extensa, determina un espesamiento de las paredes del intestino y convierte á este en un tubo duro, sólido, desprovisto de elasticidad é incapaz de contraerse; 4º, de pólipos, los que pueden obrar de dos maneras; ú obliterando enteramente el tubo intestinal por sus dimensiones, ó arrastrando con él la porcion de intestino, sobre la cual se halla implantado, produciendo de este modo una invaginacion.

Otras veces la obliteracion es producida no por el aumento de espesor de las túnicas intestinales, sino por una diminucion en el diámetro del intestino. Esto sucede en la cicatrizacion de ulceraciones que, ya sea por un vicio general ó ya por una afeccion local, pueden encontrarse en él. Esta cicatrizacion no puede verificarse sino por la formacion de tejido inodular que, como es sabido, tiene la propiedad de contraerse fuertemente para facilitar la union de los bordes de la úlcera y produce así una pérdida de sustancia á expensas del calibre del intestino.

En el tercer caso las disposiciones anormales pueden reducirse á tres. La invaginacion ó intususcepcion, la torsion del intestino ó estrangulamiento rotatorio, la imperforacion congénita.

La invaginacion consiste en la introduccion de una porcion de intestino mas ó ménos extensa en otra. No siempre la invaginacion ha dado lugar á los síntomas de una oclusion intestinal: se citan casos en los que no siendo muy extensa no se ha revelado sino por los síntomas de una enterítis. Pero casi siempre, por poco extensa que sea, produce una verdadera obliteracion. Estas invaginaciones pueden hacerse de arriba á abajo ó vice versa, siendo mas frecuente lo primero; son tambien mas comunes en el intestino grueso que en el delgado; de ordinario el último es el que se invagina en el primero, y en caso de eliminacion de la porcion invaginada, el intestino delgado es el expulsado. Las invaginaciones tanto de uno como de otro son muy extensas. Recuerdo haber oido referir al Sr. D. Miguel Jimenez, en una de sus

lecciones clínicas, que ha visto una invaginacion en un niño llegada á tal grado, que el ciego se tocaba perfectamente por el ano, en donde fué reconocido por la presencia del apéndice ileo-cecal, invertido tambien y que flotaba allí. He leido asimismo una observacion recogida por el Sr. D. Lázaro Ortega, en la cual la enferma arrojó mas de una vara de intestino delgado invaginado.* En esta clase de oclusion se encuentran tres cilindros concéntricos formados, el interior por la porcion superior del intestino invaginado, cuya superficie mucosa forma un canal que se continúa por arriba con el resto del intestino y termina por abajo en el punto en que este se refleja: el medio, por la porcion de intestino reflejada, y el exterior por la porcion en que se ha hecho la invaginacion. De esta disposicion resultan fuera del canal central dos superficies serosas en contacto, y mas afuera aún, dos mucosas: esto explica cómo por causa de adherencias establecidas entre las serosas es posible la eliminacion de la porcion invaginada, dejando libre el calibre del intestino y sin comunicacion con el peritoneo.

Fácil es concebir cómo cuando es extensa puede interrumpir la continuidad del intestino, ya por el espesor de las partes invaginadas, ya por la tumefaccion que sufren en consecuencia.

No siempre es tan sencilla la disposicion que resulta de la invaginacion; se encuentran á veces invaginaciones dobles, ó invaginaciones en las cuales no están comprendidos solamente los intestinos, sino que estos están acompañados de una porcion de epiplon, de mesentereo ó de algun órgano cercano.

El estrangulamiento rotatorio, llamado así por Rokitanski, consiste en una especie de torsion, en una rotacion del intestino sobre su propio eje, ó tomando por centro una asa intestinal, una brida, una porcion de epiplon ó del mesentereo; pero si bien es cierto que dicha torsion determina muchas veces los síntomas de la oclusion intestinal, no siempre subsiste lo bastante por producir una interrupcion prolongada al curso de las materias intestinales.

La imperforacion congénita del intestino, aunque no es muy comun, suele presentarse; algunas veces el obstáculo está formado por una especie de tabique membranoso que se puede destruir con una incision crucial; en otras hay una ausencia completa ó incompleta del recto, y la enfermedad no cura sino por medio de un ano artificial.

* La pieza anatómica se halla en el Museo de la Escuela de Medicina.

OCLUSION ESTATICA EXTERNA.

La oclusion externa depende de la compresion ó de la constriccion del intestino.

No me detendré en enumerar todas las causas que pueden comprimir al intestino; solo diré que esta compresion es producida por tumores de distinta naturaleza, desarrollados ya en las partes blandas, ya en las huesosas: cuando estos tumores se encuentran en relacion con una porcion intestinal cercana á partes duras y que por su fijeza no puede sustraerse á la accion del agente compresor, dicha porcion tiene que sufrir una diminucion de calibre que si llega á poner sus paredes en contacto, lo ciegan por completo y dedermina una oclusion. El mismo efecto pueden producir los órganos abdominales desalojados ó que hayan aumentado de volúmen.

La constriccion del intestino puede ser producida por las aberturas normales ó accidentales que se encuentran en la cavidad ó en las paredes del vientre, por bridas accidentales ó expansiones peritoneales anormales, por el apéndice ileo-cecal, ó por alguna de las trompas uterinas.

Entre las aberturas naturales, la única que puede dar lugar á una oclusion interna, es la conocida con el nombre de *hiatus de Wuinslow*, que se ha visto hacer algunas veces el papel de agente constrictor: en cuanto á las aberturas accidentales, pueden encontrarse en todas las paredes del abdómen, pero principalmente en el diafragma. Algunas veces las aberturas se encuentran en los repliegues peritoneales, como en el epiplon, el mesentereo y los ligamentos anchos. Otras veces están formados por las asas intestinales mismas que han contraido adherencias entre sí, y formado huecos ó anillos á traves de los cuales los intestinos pasan y se estrangulan.

Las bridas accidentales han presentado en las autopsías una infinidad de formas y variedades que seria muy largo describir. Se presentan en el epiplon, en el mesentereo y en el intestino mismo. Algunas veces obran enrollándose al rededor del intestino; otras se insertan por su extremidad libre en algun punto del abdómen y forman de este modo una especie de cuerda tirante que deja entre sí y las otras partes un espacio suficiente para que los intestinos puedan penetrar; dichas bridas están formadas de distintos elementos, pueden

ser fibrosas, celulosas, pseudomembranosas, &c., casi siempre son consecutivas á inflamaciones peritoneales anteriores. Las expansiones peritoneales anormales, los apéndices ó divertículos del intestino, obran del mismo modo. Lo propio sucede tambien con el apéndice ileo—cecal y las trompas uterinas; uno y otras pueden estrangular los intestinos; pero ántes es preciso que hayan contraido adherencias con algun punto de la cavidad abdominal, prévia una inflamacion anterior.

OCLUSION DINAMICA.

Esta clase de oclusion depende, como he dicho, de exceso ó de defecto de las contracciones propias de las fibras musculares del intestino.

A la primera especie se refieren la oclusion conocida antiguamente con el nombre de *ileus espasmódico* y la producida por una contraccion circular limitada de las fibras musculares del intestino.

El ileus espasmódico, cuyo fenómeno orgánico primitivo seria la inversion del movimiento peristáltico, ha sido negado por la mayor parte de los autores. Los que afirman su existencia citan en su apoyo: 1º La expulsion por la boca de algunos líquidos administrados por lavativa; el color verde subido y la ausencia de sabor amargo, ha hecho, dicen, reconocer una lavativa hecha con cocimiento de hojas de malva que habia sido aplicada poco ántes del vómito; pero es muy difícil concebir cómo este líquido haya podido atravesar todo el intestino sin encontrar ningun obstáculo en la válvula ileo-cecal, que, como se sabe, es insuperable en ese sentido, y cómo tambien haya sido expulsado sin mezclarse ántes con las materias fecales y sin que ni su sabor ni su color hayan sido alterados. 2º La expulsion por la boca de supositorios que han recorrido todo el tubo intestinal, fenómeno igualmente imposible de comprender. 3º Los experimentos hechos en los animales, en cuyos intestinos se han visto movimientos antiperistálticos muy marcados despues de que ha sido irritada una parte del intestino. Estos movimientos tal vez no serán imposibles, podrán verificarse, pero jamas de una manera tan continua y tan regularizada que se consiga que una sustancia recorra todo el trayecto del intestino. 4º Los casos de oclusion intestinal interna terminados por la curacion. Se sabe ya que la causa que produce esta oclusion puede desaparecer ántes que la enfermedad haya llegado á ser mortal.

La contraccion circular limitada y permanente de una pequeña porcion de intestino en forma de anillo que oponga un verdadero obstáculo al curso de las materias excrementicias, es mas posible. Algunas personas á quienes he consultado respecto de la posibilidad de este hecho, han opinado que siendo el intestino un músculo hueco, está sujeto á las mismas leyes que rigen á los otros órganos de esa especie que se hallan en la economía. Esto supuesto, existiendo esta clase de contracciones en el útero, en la vejiga de la orina, &c., no hay razon para suponer que dejen de existir en el intestino.

A la segunda especie se refieren á su vez todas las causas de parálisis y que Larguier reduce á tres: *inflamatorias, reflejas* y *nerviosas* ó dependientes de una afeccion cerebro-espinal.

Las parálisis inflamatorias, dice aquel autor, son comunmente consecutivas á una inflamacion sobreaguda del peritoneo; pueden tambien, pero raras veces, estar ligadas á un simple estado congestivo de la túnica muscular.

Respecto de las parálisis reflejas, se expresa como sigue: «Se sa-« be que hay dos clases de acciones reflejas: unas que producen la con-« traccion de la fibra muscular y otras que por el contrario se mani-« fiestan por una parálisis (acciones reflejas de detencion). A propósito « de estas últimas, Brown Sequard, en sus lecciones sobre diferentes « formas de paraplegias, ha demostrado, y este hecho es generalmente « admitido, que ciertas parálisis de los miembros inferiores dependen « de una afeccion de las partes vecinas extrañas á los centros nervio-« sos (útero, vejiga) y desaparecen con la enfermedad que las ha pro-« ducido. Pflugges ha obtenido la detencion de los movimientos del « intestino, determinando la irritacion mecánica de la piel del abdó-« men. Se puede desde luego, y la experiencia de todos los dias su-« ministra numerosos ejemplos, admitir un falso estrangulamiento por « causa refleja.»

Cita como afecciones que pueden dar lugar á estas parálisis, la ectopia testicular, el hydrócele inflamado y los tumores y quistes de la region inguinal y crural.

Las afecciones del cerebro pueden tambien interrumpir el curso de las materias fecales y determinar la parálisis de las fibras musculares del intestino, de la misma manera que producen la parálisis de otros órganos.

SINTOMATOLOGIA.

No siempre la afeccion de que me ocupo se presenta del mismo modo. La naturaleza de la oclusion hace variar, si no los principales síntomas, al ménos el modo con que aparecen. Así, algunas veces es precedida de diversas perturbaciones de la digestion, de cólicos pasajeros y de alternativas de diarrea y constipacion; en otras, al contrario, estalla repentinamente y sorprende al enfermo en medio de la salud mas floreciente. En ciertos casos, lo primero que observa el enfermo es la dificultad de la defecacion; esta va haciéndose mas y mas tenaz, á pesar de los esfuerzos inauditos que generalmente hacen los pacientes para vencerla. Hay una sensacion molesta especial determinada por el gran desarrollo de gases que tiene lugar en el intestino, y que á poco es seguida de la elevacion del vientre. Algun tiempo mas ó ménos largo despues, aparece un dolor vivo, muy agudo, en un punto limitado del abdómen, dolor que se aumenta progresivamente y presenta exacerbaciones mas ó ménos frecuentes. Este dolor es algunas veces comparado con un pellizco, una constriccion intolerable; otras es ménos agudo, y en algunos casos, aunque raros, casi no existe. Generalmente despues de un plazo mas ó ménos largo, va extendiéndose y generalizándose á todo el abdómen, hasta que el dolor local no es ya predominante. En otros casos la constipacion no es lo que primero llama la atencion del enfermo, sino que despues de un esfuerzo, de una contusion en el vientre, de una alimentacion copiosa ó bien sin motivo alguno, aparece el dolor y luego la constipacion y todos los otros síntomas de que voy á hablar. De cualquier modo que sea, este dolor á veces aumenta por la presion, en otras es indiferente á ella; á medida que adquiere intensidad, se va acompañando de hipo, náuseas, y, por último, de vómitos que sobrevienen á intervalos mas ó ménos frecuentes: constituidos al principio por sustancias alimenticias, durante el curso de la enfermedad van tomando diversos caractéres: se hacen mucosos, biliosos, y al fin estercorales, estos últimos no son constantes, faltan algunas veces, y esto se atribuye al sitio en que se halla la oclusion.

La constipacion, sea que preceda á los demas síntomas, sea que no aparezca sino despues de la invasion de la enfermedad, es invencible, se resiste á todos los medios, generalmente muy enérgicos, que contra

ella se emplean; sin embargo, en algunos casos raros, bajo la influencia de las lavativas ó espontáneamente, el enfermo expulsa por el ano algunos trozos de materias fecales endurecidas, pero estos vienen probablemente de algun punto situado abajo del obstáculo, porque casi siempre la imposibilidad de defecar es absoluta.

La economía no es extraña á todos estos trastornos: el enfermo se encuentra horriblemente agitado, sus facciones alteradas expresan los grandes sufrimientos de que es víctima; la piel se encuentra bañada por un sudor frio, abundante, durante la exacerbacion de los dolores; en los intervalos conserva su calor normal. El pulso, por lo regular, y sobre todo al principio, conserva su ritmo; mas tarde, cuando la peritonítis, como sucede en los casos graves, viene á complicar la situacion, se pone pequeño, deprimido, irregular y muy frecuente. La boca está seca, la lengua roja en sus bordes y en la punta, blanquizca en su centro. La sed es viva. La respiracion es muy ansiosa, acelerada; pero explorando los órganos torácicos, no se encuentra en ellos ningun cambio. La orina es roja, muy frecuente su expulsion en algunos casos, y en otros, por el contrario, se suspende. Las facultades intelectuales, por lo comun, se conservan en toda su integridad.

Explorando el vientre se encuentra á este considerablemente aumentado de volúmen; algunas veces este aumento es general, y en otras se limita á un punto circunscrito, generalmente al ombligo, los intestinos forman relieve y están como encrespados. No se percibe fluctuacion en ningun punto, y percutiéndolo se nota que da en casi toda su extension un sonido exageradamente timpánico, lo que indica que este aumento de volúmen no es debido sino al desarrollo de una gran cantidad de gases.

Si se palpa el vientre, al principio del accidente, es decir, cuando ni el meteorismo es exagerado ni la sensibilidad muy viva, se siente un tumor situado generalmente en una de las fosas iliacas. Este tumor es fijo ó cambia de lugar espontáneamente ó por malaxaciones hechas sobre las paredes del vientre, aumenta comunmente de un dia á otro, su consistencia varía segun es la sustancia de que está formado, á su nivel la percusion produce un sonido macizo. Pero si el médico llega tarde, la mas ligera presion es insoportable para el enfermo, el meteorismo hace imposible la palpacion y no se puede percibir ni la existencia ni los caractéres propios del tumor.

He tratado de exponer los principales síntomas tanto racionales como físicos de que se acompaña casi siempre esta terrible enfermedad.

Vease ahora, aunque en compendio, cuál es su marcha, segun que la terminacion sea feliz ó fatal.

En el primer caso, lo que indica siempre el principio de la mejoría es la expulsion abundante de materias fecales y de gases; despues de esto se advierte que los demas síntomas comienzan á disminuir de intensidad. La ansiedad es menor, los vómitos ménos frecuentes, el dolor y el meteorismo van desapareciendo gradualmente, las materias excrementicias vuelven á tomar su curso y el enfermo recobra sus fuerzas agotadas por el sufrimiento. Pero no siempre queda radicalmente curado; no es extraño que ademas de las perturbaciones digestivas á que el enfermo queda sujeto, la enfermedad reincida, lo que indica la persistencia de la causa que la ha producido.

Cuando por el contrario, el mal debe tener una terminacion fatal, la constipacion resiste á todos los medios que se le oponen; los vómitos son mas frecuentes y están constituidos por materias fecaloides; la ansiedad, causada por el meteorismo exagerado, que se observa, se hace insoportable; el dolor, limitado al principio á un punto circunscrito, se hace general y crece en intensidad; la temperatura de la piel del vientre aumenta notablemente. Bien pronto el enfermo pierde las fuerzas, aparece la calentura, el pulso se pone muy frecuente, irregular, intermitente, la piel se cubre de sudor, las extremidades se enfrian y el enfermo muere, conservando, por lo comun, la mas perfecta inteligencia. No es raro que este término fatal sea precedido de una remision completa de los síntomas, de la expulsion de algunos gases, del levantamiento del pulso y de la animacion del enfermo; pero todos los autores convienen en que no hay que concebir esperanzas miéntras no se restablezca el curso de las materias excrementicias y el meteorismo no haya desaparecido.

Cuando la oclusion intestinal cura, la curacion se verifica segun es la causa que la determina. Si es el paso del intestino á traves de una abertura normal ó accidental, puede suceder que bajo la influencia de las contracciones ó de maniobras á propósito, el intestino se desprenda y recobre su situacion normal; si es una brida la que estrangula al intestino, la curacion se verifica de una manera análoga, ó bien, á causa de la tension enérgica que sufre, se gangrena y se rompe. La curacion mas notable es aquella en que siendo la oclusion producida por una invaginacion, la porcion invaginada se esfacela y luego es expulsada. En este caso, el intestino contrae adherencias con la porcion de él mismo en la cual se ha invaginado; la compresion que sufre la

porcion invaginada es el sitio de una congestion pasiva que se termina por gangrena; pero la compresion obra principalmente en su parte superior, lo que hace que en este punto sea donde primero se desprende, y esto explica cómo puede ser expulsado íntegro el secuestro intestinal. Despues de esta separacion, ó bien el punto donde se ha hecho la reunion queda enteramente liso, y el calibre del intestino en el mismo estado en que se encontraba ántes, ó bien se forma allí una especie de anillo, un borde saliente que disminuye su calibre y deja al enfermo sujeto á diversas perturbaciones digestivas. Otras veces, cuando no ha habido tiempo para que las adherencias se establezcan, la porcion invaginada se desprende, ya por los esfuerzos del intestino mismo, ya por el tratamiento empleado para combatir esta afeccion.

En las oclusiones dinámicas basta que se modifique el influjo nervioso para provocar el desahogo del intestino y con él la curacion completa de los accidentes.

DIAGNOSTICO.

Esta enfermedad se presenta con síntomas de tal manera marcados y tan característicos, que no es posible confundirla con ninguna otra afeccion. La primera idea que ocurre en presencia de los síntomas formidables que se observan, es la de que se trata de una hernia estrangulada, idea justificada hasta cierto punto, puesto que los síntomas son idénticos: pero que desaparece luego que por un exámen escrupuloso se ve que no existe tumor ninguno al nivel de los orificios naturales donde de ordinario aparecen las hernias. Hay que dar mucha importancia á este exámen, que es el que decide definitivamente de si se trata de una ú otra enfermedad; casos innumerables prueban que un descuido en él ha causado muchos errores de diagnóstico, y ha privado al enfermo del único recurso de salvacion que le queda en estos casos, la reduccion de la hernia. Se debe por tanto registrar minuciosamente las paredes abdominales, apreciar todo aquello que se encuentre en ellas; pues muchas veces un pequeño tumor al parecer insignificante, ha sido el punto de partida de todos los accidentes: interrogar al enfermo si en otro tiempo ha tenido algun tumor en el vientre reducible, ya espontáneamente, ya por alguna maniobra ú operacion.

Sin embargo de practicár esto con toda atencion, se han dado varios casos en los que el error se ha cometido. Para probarlo, creo que no será inútil referir la siguiente observacion que he recogido en el hospital de San Andrés, tomando de ella, para no ser muy extenso, lo mas indispensable.

A mediados del año pasado, se presentó en dicho hospital un enfermo con todos los síntomas de una oclusion intestinal: constipacion tenaz hacia ocho dias, náuseas, vómitos estercorales, hipo, grande ansiedad, meteorismo exagerado, dolor agudo circunscrito primero á la fosa iliaca derecha, y generalizado despues: las asas intestinales se dibujaban á traves de las paredes del vientre; todo esto sin aceleracion notable del pulso ni elevacion de la temperatura de la piel. Explorando el abdómen se encontraba, ademas del meteorismo y el dolor ya mencionados, en el flanco derecho, un tumor duro que daba un sonido macizo en toda su extension, que no presentaba fluctuacion en ningun punto y que se extendia desde la mitad superior de la fosa iliaca hasta el borde de las costillas y en casi toda la extension del flanco: en la region inguinal del mismo lado, habia otro tumor muy pequeño, de forma ovoide, duro, elástico, movible en cierta extension, enteramente indolente aún á la presion; percutiéndolo, daba un sonido macizo. Este tumor que el enfermo tenia desde que nació, estaba formado por el testículo atrofiado en parte, que detenido en su marcha descendente, habia quedado con su túnica vaginal en el canal inguinal. Se diagnosticó un estrangulamiento interno, sin determinar su naturaleza, y se creyó que se encontraba en el intestino grueso. A pesar del tratamiento por el cloroformo, los purgantes y lo demas que se empleó para combatir la enfermedad y precisamente cuatro ó cinco horas ántes del momento que se habia fijado para la operacion de la gastrotomía, el paciente sucumbió. En la autopsía se encontró que lo que habia producido la oclusion era una porcion muy pequeña de intestino delgado, distante un decímetro del ciego, la cual se encontraba pellizcada por el anillo inguinal interno y el testículo que se encontraba allí tambien. Esta hernia incipiente, sin embargo del tiempo que hacia que estaba estrangulada, no habia aún contraido adherencia ninguna; no se necesitó sino una ligera traccion para desprenderla del anillo. La ectopia ó desalojamiento testicular, fué en este caso la causa del error de diagnóstico, tan funesto para el desgraciado enfermo; pues el testículo que estaba situado precisamente sobre la hernia, impedia apreciar los caractéres que habia podido su-

ministrar el pequeño tumor formado por el intestino. Como he dicho, no es este el único error de esta especie que se ha cometido aun en casos mucho ménos oscuros.

El Sr. Martinez del Rio ha visto una enferma en la que se presentaban todos los síntomas de una oclusion intestinal. Tres dias despues de la invasion de la enfermedad fué observada por él y algun otro profesor, y encontraron los síntomas siguientes: constipacion tenaz, vómitos incoercibles, meteorismo, grande ansiedad, dolor agudo en el vientre que se extendia á todo él, y que aumentaba por la presion: percutiéndolo se notaba un sonido oscuro en la region cecal que se extendia dos pulgadas ó mas, lo que correspondia á un tumor alargado y pastoso que se encontraba allí. Examinada por el Sr. Jimenez dos dias despues, encontró en la ingle izquierda un tumor muy pequeño, como del tamaño de una nuez chica que la enferma referia á un golpe que se habia dado hacia tiempo; dicho tumor era pediculado, indolente, adherido é implantado en la ingle. A pesar de la dureza y consistencia que presentaba, daba un sonido resonante á la percusion; malaxándolo produjo un ruido intestinal, y á la segunda maniobra se redujo, desapareciendo con esto todos los accidentes y produciendo por consiguiente la curacion de la enfermedad.

El Sr. Hidalgo Carpio, ha observado tambien varios casos de esta especie. En uno que vió en compañía del Sr. Pascua, se trataba de una hernia estrangulada; pero por la exploracion del vientre no se encontró sino un tumor del tamaño de una almendra que en nada se diferenciaba de un tumor ganglionar proveniente de la infeccion sifilítica, por lo que no atribuyeron á él los síntomas de la oclusion. La enferma murió. Otro observó tambien en compañía del Sr. Villagran. En este caso encontraron los síntomas de una hernia estrangulada, y recordando el hecho anterior, exploraron minuciosamente el vientre, encontraron tambien un tumor muy semejante al ántes referido, el cual presentaba todos los caractéres de una hernia. En esta enferma se verificó la curacion muy fácilmente despues de la operacion apropiada.

El mismo profesor asistió á una enferma que padecia de un dolor que habia sido considerado como gastrálgico y que no consistia sino en que en el momento de la digestion se presentaba una pequeña hernia hácia la parte superior de la línea alba. En efecto, examinando mas tarde á esta enferma el Sr. Hidalgo Carpio, encontró un pequeño tumor, lo hizo salir para caracterizarlo y percibió una especie de

ojal por donde salia produciendo ruido intestinal, de donde concluyó que lo que causaba aquel dolor tan arraigado era la estrangulacion de esta hernia. Un vendaje fué bastante para curar á esta mujer.

Despues de las hernias, la enfermedad que mas se aproxima á la de que trato, por sus síntomas, es la peritonítis; sin embargo, hay caractéres que distinguen á una de la otra. Es tan raro, por otra parte, que la peritonítis se desarrolle de una manera espontánea, que no me detendré en su diagnóstico diferencial.

Pero la principal dificultad no consiste en decidir si se trata de una oclusion interna: hay un problema cuya solucion, en mi concepto, es imposible. ¿Puede determinarse con precision, dada una oclusion intestinal interna, la naturaleza de la causa que la produce? Creo que en la mayor parte de los casos, el médico se ve obligado, á su pesar, á quedarse en duda. Vease, sin embargo, cuáles son los síntomas ó signos por los que algunos autores pretenden que se puede determinar.

En las oclusiones estáticas, cuando estas son producidas por obstruccion, se ha visto que estas dependen de cálculos biliares, de entozoarios, de concreciones intestinales, y en general de la presencia de cuerpos extraños.

En todos estos casos, los fundamentos del diagnóstico tienen que sacarse de los antecedentes que proporciona el enfermo; así, por ejemplo, si depende de lo primero, este habrá tenido varias veces todos los síntomas que caracterizan el cólico hepático; si de lo segundo, habrá arrojado por el ano ó por la boca algunas porciones de estos parásitos; si depende de cuerpos extraños, el enfermo tendrá que iluminar al médico; si, por último, es originada por concreciones intestinales, el paciente habrá arrojado con anterioridad algunos cuerpos duros y se habrá visto sujeto á dolores de vientre y á diversas perturbaciones digestivas. ¿Pero serán bastantes estos datos para establecer un diagnóstico exacto? ¿Los proporcionarán siempre los enfermos?

Prescindiendo de lo difícil que es en ciertas ocasiones obtener de ellos una explicacion respecto de su estado anterior, aun cuando eso se lograra, nada tendria de extraño que un individuo que ha padecido cólicos hepáticos, que haya arrojado entozoarios ó concreciones intestinales, &c., sea víctima de una oclusion que no tenga relacion ninguna con estas enfermedades, pues no creo que por solo el hecho de padecerlas se encuentre garantizado contra las demas clases de oclusion. El diagnóstico debe principalmente buscarse en los síntomas ó signos

que el enfermo presenta al examinarle, y estos son exactamente los mismos en la mayor parte de los casos.

Lo que únicamente puede dar alguna luz es la exploracion del vientre, en el cual se encuentra, entre otras cosas, un tumor que presenta diversos caractéres; pero á mas de ser muy difícil llegar á determinar la existencia del tumor, con particularidad si la exploracion se hace cuando el vientre está muy meteorizado y sensible, creo que se necesitaria un tacto muy exquisito para poder apreciar sus caractéres.

En las oclusiones por estrechamiento del intestino producido por la alteracion de sus túnicas, los antecedentes, el estado actual y su modo de aparicion, sirven para sospechar la naturaleza de la oclusion; pero, como se comprende, solamente en ciertos casos podria establecerse el diagnóstico con fijeza.

En todos estos casos, la enfermedad será precedida de todos los síntomas de aquella que haya dado orígen á la alteracion de las túnicas intestinales; pero desgraciadamente estas mismas afecciones son muy difíciles de conocer. Así, por ejemplo, ¿qué medio hay para conocer una hipertrofia de las túnicas intestinales, un pólipo, si este se encuentra colocado en un punto inaccesible á los medios de exploracion? ¿Las afecciones cancerosas mismas, que algunas veces se manifiestan por síntomas característicos, son en la mayoría de los casos fáciles de diagnosticar? Aun cuando se tuviera certeza de la existencia de alguna de estas afecciones, no se podria asegurar que esa fuera la causa de los accidentes que se observan. Si se tratase de un individuo que ha padecido de una fiebre tifoidea, de una disenteria, de una enterítis tuberculosa, &c., casi se tendrá seguridad de que estas enfermedades han producido ulceraciones en el intestino y habrá lugar de sospechar que al cicatrizarse lo han estrechado, y que de allí depende el que se observen los síntomas de la oclusion; pero puede haber sucedido muy bien que las ulceraciones hayan cicatrizado sin producir estrechamiento, ó que si lo han producido no sea bastante considerable para determinar la interrupcion permanente ó momentánea del curso de las materias excrementicias, sino que esta obstruccion sea producida por otra causa. Cuando la afeccion se encuentre en el recto ó en un lugar en que se pueda explorar, entónces habrá mas probabilidades; pero en la mayor parte de los casos está uno atenido solamente á conjeturas. Se dice que estas son las oclusiones crónicas por excelencia y se da esto como un carácter distintivo; esto es un dato de muy poco va-

lor, puesto que en el mismo caso se encuentran las oclusiones por compresion, por torsion, por invaginacion, &c.

Una cosa análoga se puede decir de las oclusiones por compresion. Las causas que pueden producir una compresion son muy variables; habrá algunos casos en que el médico seguirá paso á paso la marcha de la enfermedad, y prevea, por decirlo así, que un obstáculo al curso de las materias intestinales va á ser su consecuencia; pero por lo comun esta clase de tumores están de tal manera colocados, que pasan desapercibidos aun despues de haber explorado con la mas escrupulosa atencion la vagina, el recto, las fosas iliacas, &c. En este caso tambien el médico se quedará en duda.

No sucede lo mismo en caso de invaginacion. En mi concepto, si bien es verdad que muchas veces no se puede diagnosticar, es la causa de oclusion que proporciona, sin embargo, mejores datos para el diagnóstico. En la invaginacion, el meteorismo es poco considerable y aparece algun tiempo despues de la invasion de la enfermedad. Larguier atribuye esto á dos causas: primera, á la obliteracion incompleta del intestino, que deja algunas veces un paso suficiente para la expulsion de los gases; y segunda, al hecho de que por la introduccion de una porcion considerable del tubo digestivo en otra, se disminuye la capacidad en la que los gases pueden desarrollarse y acumularse. Esta diminucion del meteorismo hace que la exploracion sea mas fácil y que se puedan apreciar mejor los caractéres que presenta el vientre. En este se halla un tumor cilíndrico un poco encorvado, que ocupa generalmente la fosa iliaca derecha y se extiende hasta el flanco; sus dimensiones son variables y algunas veces varia de forma y extension de un dia á otro; percutiendo á su nivel da un sonido macizo y opone á la mano una resistencia particular; se le ve comunmente algunos dias ántes de la aparicion de los otros síntomas y es acompañado de dolores ligeros é intermitentes. La constipacion no es tan absoluta como en las otras clases de oclusion, pues en la invaginacion hay evacuaciones cortas, sanguinolentas, acompañadas de pujos. Todos estos caractéres bastan en algunos casos para diagnosticarla; mas no siempre se presentan de una manera tan clara que se puedan apreciar fácilmente. He visto algunos casos en los cuales se ha diagnosticado una invaginacion: el enfermo ha sucumbido, y en la autopsía se ha encontrado que la oclusion dependia de una causa diferente. Grisolle, al hablar de este punto, dice: « Comunmente es fácil diagnosti-
« car un ileus; pero no sucede lo mismo cuando se trata de precisar cuál

« es la causa anatómica que opone un obstáculo al curso de las mate-
« rias. Una invaginacion, sin embargo, puede ser reconocida si en la
« exploracion del abdómen se siente un tumor remitente, alargado, ci-
« líndrico, macizo, que cambia sensiblemente de lugar de un dia á otro.
« En el estado actual de la ciencia, creemos que no se puede sino sospe-
« char una invaginacion; pero no se podria, en la mayor parte de los
« casos al ménos, llegar á un diagnóstico preciso.»

El estrangulamiento rotatorio se presenta con los mismos síntomas que las demas oclusiones: se puede decir que no tiene ningunos que le sean particulares. Se dice, sin embargo, que no hay tumor bien circunscrito; pero que por la palpacion y la percusion se observa que una parte de las asas intestinales da una resistencia anormal y una macisez apreciable, lo que se atribuye á que la torsion aplica una contra otra las paredes intestinales en una extension mayor ó menor. La constipacion no es absoluta, mas no hay expulsion de materias sanguinolentas. Los vómitos raras veces son fecaloides y el meteorismo aparece muy violentamente. Como se ve, estos caractéres no son suficientes para poder distinguir á esta oclusion de las otras.

En la oclusion producida por el estrangulamiento del intestino por una brida accidental ó anormal ó por su paso á traves de una abertura situada en las paredes del vientre, los síntomas, con muy poca diferencia, son los mismos que en las otras oclusiones. Los autores dan, sin embargo, algunos caractéres diferenciales que voy á citar. Si es producida por una brida accidental, se encontrará en los antecedentes del enfermo: peritonítis, reduccion de una hernia antigua ó herida penetrante del abdómen, circunstancias en las que se supone que se han formado adherencias ó bridas; estos antecedentes faltarán si la oclusion es debida á estrangulamiento por brida anormal ó por el apéndice ileo-cecal, en cuyos casos el paciente se referirá á ataques anteriores caracterizados por constipacion, dolores en el vientre y vómitos, todo esto pasajero. En el estado actual ó en la marcha de la enfermedad se encuentra en ambos casos: aparicion brusca, marcha aguda, dolor intolerable, meteorismo muy poco exagerado, que aparece desde el principio y se encuentra limitado á la region umbilical, ausencia de tumor, constipacion invencible, vómitos fecaloides precoces, hipo tenaz, alteracion muy marcada de las facciones y tendencia casi siempre á una terminacion fatal.

Como se ve, todos estos síntomas no indican mas que la gravedad de la afeccion; siempre que la oclusion es completa se presentan: ade-

mas, son los mismos que algunos autores dan como característicos del sitio de la lesion; pues segun ellos, siempre que se presenten puede asegurarse que el obstáculo, sea cual fuere su naturaleza, existe en el intestino delgado.

De todas estas oclusiones, las hernias diafragmáticas son las únicas que tienen caractéres propios, mas no son constantes; estos se refieren principalmente al pecho, y consisten en dolores en la region cardiaca, acompañados de palpitaciones, dificultad extrema de la respiracion, y ausencia del murmullo vesicular en el lado por donde se haya hecho la hernia. Este murmullo es reemplazado en la base del pecho por una especie de zurrido, producido por los gases del intestino. Tambien se encuentra en este lugar al percutirlo una resonancia timpánica, aunque esto repito no es constante. Ultimamente he visto un enfermo en el hospital de San Andrés, que se presentó allí con todos los síntomas de una oclusion intestinal interna. Los antecedentes del enfermo nada revelaban acerca de la naturaleza de esta oclusion, y él atribuia los accidentes que experimentaba á una marcha forzada despues de una abundante comida, y sobre todo á no haber satisfecho los apremiantes deseos que sentia de defecar, por la urgencia que tenia de llegar á un punto determinado. Cuando estuvo en posibilidad de hacerlo, ya no pudo, y al mismo tiempo le apereció un dolor agudo en la fosa iliaca derecha, que le causaba basca, á tal grado, que vomitó, inmediatamente despues de haberlas tomado, dos tazas de una infusion aromática que pidió con objeto de calmar sus dolores. En este estado llegó al hospital, en donde la enfermedad siguió su marcha comun hasta su muerte, que tuvo lugar á los siete dias de la invasion. A causa de las grandes dificultades que se encuentran en estos casos para establecer el diagnóstico, este no se fijó; se creyó al principio que se trataba de una *tiflitis estercoral;* pero bien pronto el Sr. D. Miguel Jimenez, con ese tacto exquisito con que la naturaleza lo ha dotado, notó, que aunque habia un tumor en la fosa iliaca derecha, este era susceptible de desalojarse por medio de las sucusiones; mas luego que se le abandonaba á sí mismo, volvia á dicho punto hácia el cual parece que tenia una especie de predileccion: de donde concluyó dicho profesor que el obstáculo se encontraba en la union del colon trasverso y el descendente; pero, repito, no determinó su naturaleza. En la autopsía se encontró que el sitio del obstáculo era realmente el mismo que el Sr. Jimenez habia precisado; en cuanto á la causa determinante, se halló una hernia de una

porcion del colon trasverso y del epiplon, que se habia hecho á traves de cierta abertura accidental del diafragma, la cual tenia una forma ovalar perfectamente circunscrita por un reborde fibroso; dicha abertura dependia de una herida de bayoneta que recibió el año de 1867, hácia el noveno espacio intercostal á la union del tercio medio con el tercio anterior, acerca de la cual el enfermo jamas hizo mencion, á pesar del escrupuloso interrogatorio dirigido por el Sr. Jimenez. No fué sino en la autopsía cuando se notó, en el punto ya citado, una cicatriz ovalar, que se hundia al hacer tracciones sobre el intestino, con objeto de destruir las adherencias que se creia que existian allí. Averiguando despues con los otros enfermos el orígen de dicha cicatriz, supe que en el asalto de Puebla, ocurrido el citado año de 1867, este individuo habia recibido un balazo en el brazo izquierdo, que le habia hecho caer; un soldado enemigo, aprovechándose cobardemente de la ocasion, le introdujo la bayoneta que portaba en el pecho. Pues bien, este enfermo á pesar de tener dentro de la cavidad del pecho un cuerpo como del volúmen de una naranja, en parte formado por el intestino, y muy principalmente por el epiplon, no presentó durante su enfermedad síntoma ninguno por parte de esta cavidad. No es extraño, por consiguiente, que ni siquiera se hubiera sospechado tal lesion.

Resulta, pues, que cuando falten los síntomas torácicos es imposible establecer el diagnóstico.

Ya he dicho que las oclusiones dinámicas dependen de la contraccion espasmódica de las fibras musculares del intestino, ó de su parálisis. En el primer caso los elementos con que se cuenta para establecer el diagnóstico son muy limitados, pues se reducen solamente á dos, que son: la duracion, que no es mas de tres ó cuatro dias, y la facilidad con que cede al uso de los antiespasmódicos.

Las parálisis inflamatorias aparecen casi siempre, dicen, inmediatamente despues de una peritonítis por perforacion; lo que explican por la accion refleja determinada por la irritacion que, en el peritoneo, produce el derrame de sustancias sólidas ó líquidas. Ignoro cómo en este caso se pueda llegar al conocimiento de que existan juntamente la peritonítis y la oclusion, supuesto que estas enfermedades tienen síntomas tan semejantes.

En las parálisis reflejas se encuentra casi siempre el punto de partida de esta accion refleja, un tumor en la ingle, un hidrocele inflamado, &c. El dolor, aunque generalizado, tiene su máximum de inten

sidad en uno de estos puntos, y todos los accidentes cesan luego que por una operacion apropiada se quita la causa que les ha dado nacimiento.

Por último, en las parálisis nerviosas se encuentra alguna lesion del eje cerebro-espinal que ha ocasionado anteriormente constipacion y timpanítis, y que acaba, en fin, por producir una verdadera oclusion, la cual coincide casi siempre con la parálisis de la vejiga.

Como se ve, en la mayoría de casos el diagnóstico es imposible; en otros es probable; pero se puede asegurar que serán muy pocos aquellos en que pueda hacerse con precision sin temor de equivocarse. Todos, con muy poca diferencia, presentan los mismos síntomas y no dan caractéres seguros por los que pueda asegurarse cuál es la naturaleza de la oclusion intestinal que se tiene delante.

Otro tanto se puede decir acerca del sitio del intestino ocupado por el obstáculo; lo mas que se podria llegar á establecer, y eso raras veces, seria que este se encontraba en el intestino grueso ó en el delgado. En el primer caso, el meteorismo es general desde el principio de la enfermedad; el aumento de volúmen del vientre se hace en el sentido del diámetro trasverso. En el segundo, al contrario, se encuentra limitado durante varios dias á la region umbilical, y su aumento principalmente tiene lugar en el sentido del diámetro antero-posterior, encontrándose deprimido el lugar ocupado por el colon ascendente y descendente á causa de la vacuidad de estas porciones de intestino. Cuando el obstáculo se encuentra en el intestino grueso, los vómitos fecaloides rara vez existen, y cuando existen no aparecen sino al fin de la enfermedad; si está en el intestino delgado, estos son precoces y rara vez faltan. Se puede agregar á lo dicho la exploracion directa por medio de sondas y lavativas de grandes cantidades de agua; pero esto, ademas de ser muy molesto para el enfermo, rara vez da el resultado que se desea. Se debe tener en cuenta la naturaleza de la oclusion, si es que se llega á diagnosticar, pues se sabe que no todas son igualmente frecuentes en los dos intestinos, sino que el delgado se presta mas á las obstrucciones por cálculos biliares y cuerpos extraños, á la constriccion por bridas ó aberturas, miéntras que en el intestino grueso se encuentra mas frecuentemente la obstruccion por materias fecales, entozoarios y concreciones intestinales, la torsion, la intususcepcion y los estrechamientos. Pero por ninguno de estos datos se puede desgraciadamente establecer reglas fijas por las que el práctico pudiera guiarse y determinar con exactitud el sitio del obs-

tículo, lo cual seria de la mayor importancia, cuando despues de haber agotado todos los recursos médicos, se tratara por medio de una operacion quirúrgica de restablecer el curso de las materias excrementicias.

De todo lo expuesto deduzco, que ya que las diferentes especies de oclusion se presentan con síntomas tales, que ninguno de ellos sea tan característico que solo por su existencia se pueda determinar de qué clase de oclusion se trata, se debe sacar partido de todos aquellos datos que puedan contribuir de cualquiera manera á la claridad del diagnóstico. Así, pues, se debe insistir muy especialmente en los antecedentes del enfermo, pues se ha visto que el diagnóstico de algunas oclusiones está exclusivamente fundado en el conocimiento de estos. En seguida se debe explorar minuciosamente el vientre, registrar los orificios naturales, y ver si existe alguna cicatriz que indique la existencia anterior de alguna herida á traves de la cual el intestino pueda haber pasado y estrangulándose. Esto último se debe referir, no solamente á las paredes del vientre, sino á las del pecho, pues ademas de la observacion citada ya al hablar de las hernias diafragmáticas, el Sr. Hidalgo Carpio ha observado otro caso semejante el año de 1847 en el hospital de San Hipólito, y en el que el individuo presentaba una herida penetrante de pecho por donde se produjo una hernia exactamente del mismo modo que en el caso ya referido. Esta hernia diafragmática no se diagnosticó sino momentos ántes de la muerte del enfermo por el Sr. Garza, practicante entónces de la sala de heridos. En la autopsía se encontró, en efecto, la hernia estrangulada ántes dicha.

Otros varios casos se le han presentado de heridas penetrantes de pecho por las cuales ha salido el epiplon, pero que desgraciadamente no he podido conseguir. Solo sé de un enfermo que estuvo poco ha en el hospital de San Andrés, en el que se encontró una hernia epiploica hácia el undécimo espacio intercostal del lado izquierdo: presentaba la particularidad de que estando formada de una pequeña porcion de intestino y de epiplon, se reducia la primera y no la segunda, lo cual indicaba claramente que el epiplon estaba adherido allí y que servia de conductor ó guía al intestino. Este hombre estuvo hace muchos años en el hospital de San Hipólito curándose de una herida en el pecho, con la que coincidió la hernia entero-epiploica. En esta vez fué asistido por el Sr. Hidalgo Carpio, quien ligó á la porcion salida del epiplon por haberlo hallado dilacerado.

Esto prueba la posibilidad del paso de las vísceras abdominales á la cavidad torácica por una abertura del diafragma á consecuencia de una herida penetrante de pecho que lo haya interesado, y por consiguiente, la grande importancia que tiene el averiguar si el enfermo ha tenido alguna herida hácia dicho punto.

PRONOSTICO.

Fácilmente se comprende que si no es posible establecer un pronóstico preciso en otras afecciones, en el caso de que trato, cuya naturaleza queda por lo comun desconocida, será, si no imposible, al ménos muy difícil. De todas las oclusiones creo que las dinámicas son las ménos rebeldes al tratamiento, y que las estáticas, por el contrario, resisten tenazmente á todos los medios que contra ellas se emplean. Se pueden colocar, esto no obstante, en el órden siguiente, segun su mayor ó menor gravedad, marchando de lo mas á lo ménos grave.

Oclusion por constriccion.
» » estrechamiento ú obliteracion.
» » disposicion anormal accidental ó congénita.
» » compresion.
» » obstruccion.

TRATAMIENTO.

No siendo posible, en el mayor número de casos, llegar á saber de qué depende la interrupcion al curso natural de las materias excrementicias, no se puede establecer un tratamiento racional que pudiera aplicarse á cada uno de los casos. Se han aconsejado, sin embargo, varios medios, ya médicos, ya quirúrgicos.

Tratamiento médico.—A este se refieren: los purgantes administrados por la boca ó por lavativa; estos son dados con el objeto de que provoquen las contracciones intestinales y desprendan al intestino si este está pellizcado por alguna abertura, ó lo destapen si la oclusion depende de la retencion de materias fecales, en cuyo caso tambien obran diluyendo estas mismas materias por la secrecion abundante que producen en el intestino; pero, como se ha visto, estas dos causas están muy distantes de ser las únicas que producen la oclusion intesti-

nal, y si bien es cierto que los purgantes en estos casos son muy útiles, hay otros, como la invaginacion, la torsion, la constriccion por bridas, la compresion, &c., en los que son mas perjudiciales que útiles á causa de que no pudiendo ellos destruir al obstáculo, aumentan considerablemente los accidentes. La electricidad, que ha sido aplicada con el mismo objeto, y se dice que tiene la ventaja de producir contracciones mas enérgicas sin determinar inflamacion; pero de ella se puede decir tambien que no es aplicable á todos los casos, sino solamente á aquellos en que la oclusion depende de la falta de estas contracciones.

El Sr. D. Miguel Jimenez ha imaginado y puesto en práctica un medio de tratamiento, el cual consiste en poner, por medio del cloroformo, en una completa anestesia, durante un período de tiempo mas ó ménos largo, al individuo afectado de esta terrible enfermedad. A esto agrega la administracion, tanto por la boca como por lavativa, del valerianato de amoniaco. Su práctica se funda en que usando de esta medicacion esencialmente antiespasmódica, se destruye el estado de eretismo en que casi siempre se encuentra el intestino á causa de la estrangulacion que sufre, y se le pone en aptitud de recobrar su estado primitivo, lo que se consigue con la administracion de purgantes que obren mecánicamente, produciendo un fuerte movimiento en el intestino. Este tratamiento, que ha sido empleado muchas veces con éxito, otras ha quedado enteramente impotente, no por su ineficacia, sino por la naturaleza de los desórdenes, que, en algunos casos es tal, que cualquiera otro tendria que estrellarse contra la imposibilidad de volver al intestino su disposicion normal. ¿Qué medio se podrá emplear con éxito, por ejemplo, cuando el intestino se encuentre enrollado sobre sí mismo ó sobre una brida? ¿Cuál, cuando el intestino se encuentre estrechado por el aumento de espesor que determina en sus túnicas la afeccion cancerosa? Ciertamente que no solo en estos casos, sino en otros muchos, la medicina será enteramente impotente y tendrá que ceder el paso á la cirujía, la que, muy probablemente, tampoco se aplicará con éxito. En ninguno de estos casos el cloroformo obra como medio curativo; pero tiene la inmensa ventaja de quitar el dolor, que es seguramente lo que mas molesta al enfermo, y en el acto del reconocimiento, por el estado de insensibilidad en que lo sumerge, facilita mucho la exploracion y da mas probabilidades al diagnóstico; facilita tambien esa especie de sucusiones sobre el vientre, maniobra que el Sr. Jimenez emplea en todos los casos y al-

gunas veces con éxito, y que seria sumamente dolorosa si el enfermo no estuviera privado de sensibilidad.

Nada diré de la administracion de cuerpos metálicos, como el mercurio y las balas de plomo, pues aunque hay citados en los autores algunos casos de curacion por este medio, en la actualidad está enteramente proscrito y con razon. Otro tanto se puede decir de las insuflaciones de una gran cantidad de aire que se hacian por el ano, creyendo que la dilatacion que se producia en el intestino, facilitaria su desprendimiento ó destruiria la invaginacion.

Se emplean tambien los baños tibios prolongados y las aplicaciones de hielo al vientre que son medios auxiliares muy útiles.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.—Comprende dos métodos principales: la *gastrotomía* y la *enterotomía*. La primera consiste en hacer una amplia incision en las paredes del vientre, buscar el obstáculo y destruirlo segun sea su naturaleza. La segunda, en dar salida á las materias intestinales estableciendo un ano artificial.

Una y otra ofrecen grandes inconvenientes, y por consiguiente no se recurre á ellas sino en último caso. Las dos están sujetas tambien á fuertes objeciones, y algunos autores hay que han llegado á proponer se las proscriba enteramente. Otros, sin llevar tan léjos su exclusivismo, han dado la preferencia á una ú otra.

De la gastrotomía se dice, y con verdad, que ademas de sus grandes peligros, puede suceder muy bien que despues de haber abierto el vientre no se encuentre el sitio del obstáculo, ó que si se encuentra, sea de tal naturaleza que no se pueda destruir, como sucede cuando la oclusion se halla en el interior del intestino ó en sus paredes; de donde resulta que no se podria aplicar sino á cierto número de casos.

En cuanto á la enterotomía, se necesitaria tambien para practicarla con alguna probabilidad de éxito, haber diagnosticado, tanto la naturaleza, cuanto el sitio de la oclusion, lo que en la mayoría de casos, es del todo imposible, pues de lo contrario será muy fácil hacer una operacion inútil, estableciendo el ano artificial abajo del punto en que se encuentra el obstáculo: muchas veces sucederá que á pesar de abrir el intestino arriba de este, persistiendo la causa de la oclusion, continuarán tambien todos los accidentes que determina si no se llega á vaciar enteramente el intestino. Si, por ejemplo, á causa de una oclusion cualquiera, situada en el colon trasverso, se hace la enterotomía hácia la extremidad inferior del ileon, se vaciará el intestino de

las sustancias que en este punto contenga: pero nunca se conseguirá extraer las contenidas abajo de la válvula ileo-cecal entre ella y el sitio del obstáculo; estas materias seguirán determinando los mismos accidentes, hasta producir la gangrena del intestino, á pesar de la operacion. Ademas de esto, si cura el enfermo, quedará sujeto á una incomodidad horrible que no podrá ser corregida si no se destruye el obstáculo que impide el restablecimiento completo del curso de las materias intestinales. Esta operacion causa tal vez mas frecuentemente que la gastrotomía la peritonítis, y, como se comprende, tampoco puede ser aplicada á todos los casos.

Presentando estas operaciones tantos inconvenientes y peligros una como la otra, ¿cuál de ellas se debe preferir? Si fuera posible siempre hacer un diagnóstico preciso, no seria difícil hacer una eleccion acertada, guiándose por la naturaleza y sitio de la afeccion; así, por ejemplo, se preferiria la gastrotomía en las oclusiones por constriccion, por disposicion anormal, y en suma, en todas aquellas en las que el obstáculo se encontrase afuera del intestino, miéntras que, por el contrario, se daria la preferencia á la enterotomía cuando el obstáculo se encontrase en el interior del intestino ó en sus paredes, como en los estrechamientos, las obstrucciones, &c.; pero como desgraciadamente esto es casi siempre imposible, resulta que no se puede decidir cuál de las dos sea preferible.

Otra cuestion no ménos importante y tambien de muy difícil solucion, es la de fijar la época oportuna en que se debe operar, pues sucede generalmente que con la esperanza de que la enfermedad cure por los medios médicos y considerando la excesiva gravedad de estas operaciones, no se recurre á ellas sino cuando el enfermo se encuentra ya en las peores condiciones y cuando el intestino está ya inflamado y próximo á gangrenarse, lo que destruye las pocas probabilidades de éxito con que se les practica. Si la operacion se ejecuta al principio se tendrá por muy temerario al médico que proponga una operacion tan grave y que comunmente causa la muerte del enfermo, á una enfermedad que tal vez podria terminar en tres ó cuatro dias con el socorro de medios muy sencillos.

Así, pues, se debe decidir á la operacion si la enfermedad ha resistido á todos los medios médicos y si la peritonítis, complicacion casi constante, aun no se desarrolla.

Hay otra operacion, que sí se debe creer á los autores que la recomiendan, por su inocuidad y por los felices resultados que ha dado

cuando se ha puesto en práctica. deberia emplearse ántes de decidirse á alguna de las que acabo de hablar. Esta consiste en hacer la puncion del intestino por medio de un trócar grueso, dejando fija la cánula en él con objeto de vaciarlo de las sustancias que contiene. He leido cuatro observaciones en las cuales esta pequeña operacion ha sido coronada de un éxito completo. La objecion mas fuerte que se le ha hecho es la posibilidad que hay de producir un derrame de sustancias intestinales en el peritoneo, á lo que contesta Larguier, que en los casos en que la cánula se ha escapado del intestino ó en los que ha sido extraida voluntariamente, no se ha observado síntoma ninguno que indicara la produccion de este derrame; lo que explica por la facilidad con que se establecen adherencias entre las dos hojas de la serosa; y por el mecanismo de la puncion, que no produce la seccion de las fibras del intestino, sino simplemente la separacion de ellas, haciendo que la herida cierre por la aproximacion de estas fibras luego que la cánula es extraida.

Ignoro si esta operacion habrá sido ejecutada en México; pero aunque creo que no determina accidente ninguno, opino por que se ponga en ejecucion despues de haber agotado todos los medios médicos y ántes de decidirse por la gastrotomía ó enterotomía. Aun en el caso de que no sea posible dar salida á las sustancias intestinales. se minoraria al ménos la molestia dando salida á los gases. lo que disminuirá el meteorismo. que seguramente es uno de los síntomas que mas incomoda á los enfermos.

Grande es mi desaliento al considerar que he concluido este incompleto trabajo. y que á pesar de la importancia del asunto que en él trato. nada nuevo he dicho ni que sea de alguna utilidad. Sírvanme de disculpa lo difícil de la materia y las grandes dificultades con que he tenido que tropezar para proporcionarme el reducido número de observaciones que cito. lo que unido á mi ninguna capacidad y poca experiencia. me han puesto en la imposibilidad de presentar á los ilustres profesores que van á decidir de mi porvenir un trabajo original y digno de ellos. La sola esperanza que me anima es. que dichos señores. usando conmigo de su benevolencia característica. vean este con indulgencia.

Joaquin Huici.

